

Imię i nazwisko studenta:.....

Nr albumu:.....

Program praktyki zawodowej na rok akademicki 2021/2022
wg standardów kształcenia z dnia 26 lipca 2019 r. (Dz. U. z 2019 r. poz.1573) z póź. zm.
zatwierdzony Uchwałą Senatu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu nr 2062 z dnia 23 września 2019 r.
kierunek: lekarski, rok studiów: II, wymiar praktyk łącznie 120 godzin, przedmiot/zakres praktyki:
3 tygodnie (90godz.) – praktyka w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (medycyna rodzinna),
1 tydzień (30 godz.) – praktyka w zakresie pomocy doraźnej.

1. **Cel praktyki zawodowej:** praktyczne doskonalenie umiejętności zawodowych uzyskanych w toku realizacji przedmiotów kierunkowych
2. **Wykaz umiejętności praktycznych:**

Wykaz umiejętności	Poświadczenie odbycia praktyki zawodowej
<p>Miejsce realizacji praktyki: w przychodni lub ośrodku zdrowia lub praktyce lekarza rodzinnego</p> <p>Praktyka w zakresie leczenia otwartego (lekarz rodzinny):</p> <ol style="list-style-type: none">1. zaznajomienie się z zakresem prac przychodni (ośrodka),2. zapoznanie się z tokiem rejestrowania chorych, rodzajami dokumentacji, sposobem jej prowadzenia oraz systemem prowadzenia kartotek w przychodni lub ośrodku,3. zaznajomienie się z zasadami wydawania zwolnień chorobowych, zaświadczeń lekarskich, skierowań do badań specjalistycznych oraz sposobami ich wypełniania,4. asysta lekarzowi przyjmującemu pacjentów w przychodni oraz w wizytach domowych,5. wypisywanie pod kontrolą lekarza wszelkiego rodzaju zaświadczeń, np. o czasowej niezdolności do pracy, skierowań itp.,6. uczestniczenie w pracach profilaktycznych,7. zapoznanie się z metodami prowadzenia oświaty sanitarnej,8. zapoznanie się z właściwą interpretacją wyników podstawowych badań laboratoryjnych.	<p>W terminie od do..... 2022 r. w: (pieczęć Podmiotu)</p> <p>Opiekunem praktyki zawodowej z ramienia Podmiotu był/a:</p> <p>..... data, pieczęć, podpis osoby odpowiedzialnej za nadzór nad praktyką z ramienia Podmiotu</p>
<p>Miejsce realizacji praktyki: w szpitalnym oddziale ratunkowym lub pogotowiu ratunkowym</p> <p>Praktyka zawodowa w zakresie pomocy doraźnej:</p> <ol style="list-style-type: none">1. zapoznanie się z zakresem czynności oddziału pomocy doraźnej (np.: prowadzeniem dokumentacji, orzekaniem o czasowej niezdolności do pracy, kierowaniem chorych do szpitala, świadczeniem usług transportowych, organizowaniem akcji ratunkowej w masowych zatruciach, zachorowaniach, wypadkach, klęskach żywiołowych itp.),2. asystowanie lekarzowi przy udzielaniu pomocy chorym oraz przy badaniu chorych w czasie wizyt, ustalanie rozpoznania, sposobu leczenia i postępowania (doraźne podanie leków, zalecenie wizyty u lekarza pierwszego kontaktu, przewiezienie do izby przyjęć szpitala),3. wypisywanie pod nadzorem lekarza recept i wszelkiego rodzaju zaświadczeń, skierowań itp.,4. zapoznanie się ze sposobem prowadzenia dokumentacji medycznej przez pracowników oddziału pomocy doraźnej,5. udział w charakterze sanitariusza w wyjazdach karetki reanimacyjnej, wypadkowej, pediatrycznej lub wykonywanie tych samych czynności na szpitalnych oddziałach ratunkowych,6. zdobycie umiejętności postępowania w stanach zagrożenia życia i udzielania pierwszej pomocy,7. zapoznanie się z techniką desmurgii.	<p>W terminie od do..... 2022 r. w: (pieczęć Podmiotu)</p> <p>Opiekunem praktyki zawodowej z ramienia Podmiotu był/a:</p> <p>..... data, pieczęć, podpis osoby odpowiedzialnej za nadzór nad praktyką z ramienia Podmiotu</p>

Zaliczam praktykę zawodową po II roku studiów
w roku akademickim 2021/2022

.....
Data i podpis opiekuna praktyk z Uczelni

Program praktyki zgodny ze standardami nauczania

06 GRU. 2021

.....
data i podpis Dziekana Wydziału

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
WYDZIAŁ LEKARSKI
DZIEKAN
.....
prof. dr hab. Andrzej Hendrich

Wypełnia student:

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o konieczności posiadania:

- a) ubezpieczenia od NNW, OC,
- b) zaświadczenia o szczepieniu przeciw WZW typu B,
- c) aktualnego zaświadczenia o przeprowadzeniu badań lekarskich do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- d) obowiązującej dokumentacji niezbędnej do zaliczenia praktyki,
- e) ochronnego ubrania medycznego (fartuch, obuwie zmienne, okulary ochronne),
- f) identyfikatora wykonanego przez studenta we własnym zakresie, zgodnie ze wzorem wymaganym przez Uczelnię.

Potwierdzam odbiór programu praktyki zawodowej.

.....
podpis studenta

Wydział Lekarski
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Ankieta oceny jednostki, w której realizowano praktykę

Nazwa jednostki w której realizowano praktykę:					
Rok studiów: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V					
Praktyka w zakresie:					
<input type="checkbox"/> opieki nad chorym		<input type="checkbox"/> intensywnej terapii			
<input type="checkbox"/> podstawowej opieki zdrowotnej		<input type="checkbox"/> chirurgii			
<input type="checkbox"/> pomocy doraźnej		<input type="checkbox"/> pediatrii			
<input type="checkbox"/> chorób wewnętrznych		<input type="checkbox"/> ginekologii i położnictwa			
Okres odbywania praktyki: od do					
Ocena w skali od 1 do 5, gdzie 1 – najniższa, 5 - najwyższa					
W jakim stopniu praktyka umożliwiła doskonalenie umiejętności zawodowych?	1	2	3	4	5
W jakim stopniu praktyka umożliwiła osiągnięcie celów przewidzianych w programie?	1	2	3	4	5
Czy jednostka przyjmująca zapewniła właściwe warunki odbywania praktyki?	1	2	3	4	5
Czy jednostka zapewniła dostęp do wyposażenia medycznego koniecznego do realizacji praktyki?	1	2	3	4	5
Jaka była efektywność wykorzystania czasu na realizację zadań praktyki?	1	2	3	4	5
Proszę określić stopień satysfakcji z odbytej praktyki	1	2	3	4	5
UWAGI:					

Wydział Lekarski
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Ankieta oceny praktykanta/praktykantki

Imię i nazwisko studenta/teki:					
Rok studiów:	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> V
Praktyka w zakresie:					
<input type="checkbox"/> opieki nad chorym			<input type="checkbox"/> intensywnej terapii		
<input type="checkbox"/> podstawowej opieki zdrowotnej			<input type="checkbox"/> chirurgii		
<input type="checkbox"/> pomocy doraźnej			<input type="checkbox"/> pediatrii		
<input type="checkbox"/> chorób wewnętrznych			<input type="checkbox"/> ginekologii i położnictwa		
Okres odbywania praktyki: od do					
Imię i nazwisko opiekuna praktyki w miejscu odbywania praktyk:					
Ocena w skali od 1 do 5, gdzie 1 – najniższa, 5 - najwyższa					
Przygotowanie teoretyczne (stan wiedzy)	1	2	3	4	5
Opanowanie umiejętności praktycznych	1	2	3	4	5
Relacje z personelem medycznym	1	2	3	4	5
Komunikacja z pacjentami	1	2	3	4	5
Aktywność, wykazywanie inicjatywy własnej	1	2	3	4	5
Punktualność, rzetelność wykonywania powierzonych zadań	1	2	3	4	5
Data, podpis, pieczęć opiekuna praktyki					
UWAGI:					